

Aus der Frauenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K. G. Ober

Intraoperative Komplikationen, Reparatur – Chirurgie und postoperative Komplikationen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Helmut Karl Christof Meissner
aus Großkomlosch/Banat

Aus der Frauenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K. G. Ober

Intraoperative Komplikationen, Reparatur – Chirurgie und postoperative Komplikationen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Helmut Karl Christof Meissner
aus Großkomlosch/Banat

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen - Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Priv. Doz. Dr. S. Trotnow

Korreferent: Prof. Dr. K. G. Ober

Tag der mündlichen Prüfung: 25.03.1980

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Einleitung und Fragestellung	1
II. Ausgangsmaterial und Arbeitsmethode	1
III. Zusammenfassung aller operativen Eingriffe	2
1. Operationen im Vulva - Bereich	2
2. Vaginale Operationen	2
3. Abdominale Operationen	3
4. Operationen an der Mamma	3
5. Sonstige operative Eingriffe	3
a) Fistelsanierungen	3
b) Operationen bei Mißbildungen des Genitals	4
c) Vesicourethrale Suspension	4
d) Laparoskopische Tubensterilisation	4
e) Scalenus - Biopsien	4
f) Sonstige kleinere Eingriffe	4
IV. Reparatur - Chirurgie	6
1. Intraoperative Komplikationen und Verletzungen	6
2. Nachblutungen mit operativer Revision	7
3. Operative Beseitigung von Operationsfolgen und Rezidiven	12
V. Diskussion	21
VI. Postoperative Komplikationen	24
VII. Zusammenfassung	28
VIII. Literatur	30



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546215_0008

I. Einleitung und Fragestellung

Nicht nur die Massenmedien, sondern wohl auch zunehmendes Gesundheitsbewußtsein haben dazu beigetragen, daß die Bevölkerung immer aktiver, aber auch kritischer die medizinischen Leistungen verfolgt.

Trotz modernster diagnostischer Verfahren und bewährtester therapeutischer Maßnahmen bleibt gelegentlich der erwünschte Heilerfolg aus oder entspricht nicht den Erwartungen. Das kann dazu führen, daß der Patient oder seine Familie sich die Frage stellt, ob nicht ein menschliches Versagen, etwa ein Fehlverhalten oder Verschulden des behandelnden Arztes, vorliegt, und sie scheuen sich nicht, ein Gericht einzuschalten. Begünstigt wird diese Entwicklung durch sensationsträchtige, übertriebene Darstellungen vereinzelter eventueller Fehler in gewissen Publikationsorganen der Laienpresse. Dies kann zu einem gestörten Vertrauensverhältnis Patient/Arzt führen, wobei so mancher Arzt aus Furcht vor therapeutischen Mißerfolgen jedem Risiko auszuweichen sucht. Jede therapeutische Maßnahme, jeder operative Eingriff birgt ein gewisses Risiko an Komplikationen in sich. Diese gilt es so gering wie möglich zu halten.

Ziel dieser Arbeit ist es, retrospektiv festzustellen, wie hoch die Komplikationsrate gynäkologischer und geburtshilflicher Operationen in den letzten drei Jahren war.

Die Aufgabe bestand darin, intraoperative Verletzungen und Komplikationen, Nachblutungen mit operativer Revision, reparaturchirurgische Eingriffe und postoperative Komplikationen zu erfassen. Anamnestische Daten wurden nur soweit registriert, als sie im Operationsbericht zur Vorgeschichte erwähnt und Ursache für die in der Erlanger Frauenklinik durchgeführten Zweitoperationen waren. Die Beobachtung der einzelnen Patientinnen erstreckte sich nur auf eine Dauer, die vom Operationsbericht erfaßt wurde. Zur Auswertung der postoperativen Komplikationen wurde der gesamte stationäre Aufenthalt in unserer Klinik berücksichtigt. Dazu wurden die monatlichen Meldungen der einzelnen Stationen ausgewertet.

II. Ausgangsmaterial und Arbeitsmethode

In dieser Untersuchung wurden die Operationsberichte der Univer-

sitäts-Frauenklinik Erlangen der Jahre 1975, 1976 und 1977 ausgewertet. Die zu untersuchenden Daten der Operationsberichte wurden mit Hilfe des von P a u l i und K i n d e r m a n n (25) entwickelten dreistelligen Zahlenschlüssels codiert und auf je einem Ablochbeleg festgehalten. Diese Belege wurden abgelocht und geprüft, um eine rationelle Auswertung mit dem Kartenselektierer (Maul) zu ermöglichen.

III. Zusammenfassung aller operativen Eingriffe

In der untersuchten dreijährigen Periode (1.1.1975 - 31.12.1977) wurden in der Universitäts-Frauenklinik Erlangen insgesamt 3888 Operationen durchgeführt.

Sie lassen sich untergliedern in:

1. Operationen im Bereich der Vulva,
2. vaginale Operationen,
3. abdominale Operationen,
4. Operationen an der Mamma und
5. sonstige operative Eingriffe.

Nicht enthalten sind in der obengenannten Zahl die sogenannten „kleineren“ gynäkologischen Eingriffe wie Abrasionen oder diagnostische Eingriffe wie Laparoskopien, Biopsien der Mamma usw.. Desgleichen sind, mit Ausnahme der Schnittentbindungen, die geburtshilflichen Eingriffe nicht enthalten.

Zur besseren Übersicht sind die Ergebnisse in Tabelle 1 zusammengefaßt.

1. Operationen im Bereich der Vulva

Vulvektomien waren bei 39 Patientinnen indiziert. Darin sind auch begrenzte Vulvektomien, sowie Vulvektomien mit regionaler Lymphonodektomie enthalten. Marsupialisationen oder Extirpationen einer Bartholinischen Zyste waren bei 55 Frauen nötig. Außerdem wurden noch vier sonstige Operationen im Bereich der Vulva gemacht.

2. Vaginale Operationen

Der am häufigsten durchgeführte vaginale Eingriff war die vaginale Hysterektomie, bei 874 Patientinnen. Darin enthalten sind auch die 522 Scheiden-Damm-Plastiken mit Hysterektomie. Scheiden-Damm-Plastiken ohne Hysterektomie wurden zur Behebung der

Harninkontinenz an 35 Frauen vorgenommen. Operationen an der Cervix bzw. Scheide, wie z.B. Konisation, Cerclage etc. wurden bei 163 Patientinnen durchgeführt.

3. Abdominale Operationen

Laparotomien waren bei 1794 Patientinnen indiziert. Uterusextirpationen ohne zusätzliche Operationen an den Adnexen wurden bei 41 Frauen durchgeführt. In 239 Fällen wurden neben der Gebärmutter ein Adnex und in 339 Fällen beide Adnexe entfernt.

Laparotomien, um einen Eingriff an den Adnexen vorzunehmen, waren bei 324 Patientinnen nötig. Diese Eingriffe umfassen: Extirpation von Tuben, Ovar, ganzer Adnexe, Ausschälung von Tumoren oder einer Zyste etc.

Schnittentbindungen wurden insgesamt bei 712 Patientinnen gemacht, davon 79 mit gleichzeitiger Tubensterilisierung, vier mit supravaginaler Uterusamputation, elf mit Operationen an den Adnexen, und bei 27 war gleichzeitig eine Myomenukleation nötig. Bei 106 Patientinnen war eine Wertheim-Operation indiziert.

Die weiteren 36 Laparotomien umfassen neun TeLinde-Operationen, neun Exenterationen, dann noch supravaginale Uterusamputationen, Myomenukleationen u.a.. Um eine Tubensterilisierung durchzuführen, wurden fünf Patientinnen laparotomiert, während es bei Tubensterilität zehn Frauen waren.

Unter den 129 sonstigen Laparotomien sind Darmoperationen (Appendektomie, Anus praeter, Darmresektionen), Explorativlaparotomien (mit und ohne histologische Sicherung), Netzresektionen, Adhäsionolysen, Extirpation von TU-Massen u.a. enthalten.

4. Operationen an der Mamma

Insgesamt waren es in dem dreijährigen Zeitraum 598 Eingriffe. Diese setzen sich zusammen aus Mastektomie mit und ohne Lymphonodektomie (mit und ohne Schnellschnittsicherung), subcutane Mastektomie, Reduktions- sowie Augmentationsplastiken und einigen sonstigen Operationen. Biopsien sind nicht enthalten.

5. Sonstige operative Eingriffe

a) Fistelsanierungen

Sanierende Operationen wegen Fisteln zwischen Rectum und Scheide, Scheide und Blase, Rectum und Damm etc. waren in 30 Fällen nötig. Die häufigsten Operationstechniken waren

nach Latzko, nach Füh und Spaltung bzw. Excision des Fistelganges.

Ureter-Scheiden-Fisteln wurden hier nicht erfaßt, da deren operative Behandlung in Erlangen üblicherweise in der urologischen Abteilung der chirurgischen Klinik erfolgt.

b) Operationen bei Mißbildungen des Genitales

Wegen Mißbildungen des Genitales (Uterusfehlbildungen, Aplasie oder Stenose der Scheide u.a.) und deren operative Behandlung haben sich 13 Patientinnen in die Klinik begeben.

c) Vesicourethrale Suspension

Durch diese chirurgische Methode wurde versucht, die Harninkontinenz bei 29 Patientinnen zu beheben. Bei 14 davon wurde gleichzeitig eine Hysterektomie durchgeführt.

d) Laparoskopische Tubensterilisation

In 41 Fällen erfolgte aus medizinischer oder psychiatrischer Indikation eine Abruptio und/oder eine laparoskopische Sterilisation.

e) Scalenus-Biopsien

Dieser diagnostische Eingriff war bei 44 Frauen indiziert.

f) Sonstige kleinere Eingriffe

Darunter fallen Wundrevisionen, Abszeßspaltungen, Hämatomausräumungen, Interruptiones, Absaugung, Therapieabrasio u.a..

Insgesamt war bei 75 Frauen ein solcher Eingriff nötig.

Tabelle 1

Zusammenfassung aller operativen Eingriffe

Zeitraum		1975	1976	1977	75-77
=====					
Operationen an der Vulva:	a) Vulvektomie	18	9	12	39
	b) Marsup. einer Barth. Zy.	18	16	21	55
	c) sonstige Eingriffe	2	0	2	4
Vaginale Hysterektomie		127	112	113	352
Scheiden-Damm-Plastik mit Hysterektomie		191	169	162	522
Scheiden-Damm-Plastik ohne Hysterektomie		11	11	13	35
Sonstige vaginale Operationen		1	0	1	2
Operationen an der Cervix und/oder der Scheide:	a) Konisation	44	31	11	86
	b) Cerclage	8	19	18	45
	c) sonstige Eingriffe	12	8	12	32
Abdominale Hysterektomie:	a) Extirpation eines Adnex	92	68	79	239
	b) Extirpation beider Adn.	113	113	113	339
	c) ohne Adnexextirpation	15	11	15	41
OP an den Adnexen, ohne Hysterekt. u. ohne laparoskopische Tubensterilisierung		75	99	109	283
Sectio abdominalis:	a) einfache Sectio	176	204	211	591
	b) mit Tubensterilisierung	26	32	21	79
	c) mit supravag. Uterusamp.	2	1	1	4
	d) mit OP an den Adnexen	2	3	6	11
	e) mit sonstigen OP	3	12	12	27
Wertheim Operationen		47	25	34	106
Sonstige Laparotomien zur Operation am Uterus		17	7	12	36
Laparotomien zur Tubensterilisierung		1	1	3	5
Laparotomien bei Tubensterilität		9	1	0	10
Sonstige Laparotomien		38	52	39	129
OP an der Mamma:	a) Ablatio mit und ohne Lymphonodektomie	119	181	169	469
	b) subcutane Mastektomie	13	21	5	39
	c) Reduktionsplastik	16	26	15	57
	d) Augmentationsplastik	3	12	7	22
	e) sonstige Eingriffe	5	0	6	11
Operationen zur Fistelsanierung		15	11	4	30
	*(	1	2	1	4)
Operationen bei Fehlbildungen des Genitales		1	9	3	13
Vesicourethrale Suspension:					
	a) mit Hysterektomie	*(	5	4	5
	b) ohne Hysterektomie		5	7	1
	c) mit anderen OP		0	0	2
Laparoskopische Tubensterilisation		5	20	16	41
Scalenus-Biopsien		24	13	7	44
Sonstige kleine Eingriffe (Wundrevision, Spaltung, Absaugung, Interruptio, Therapie-abrasio, ect.)		25	20	30	75
=====					
TOTAL		1279	1324	1285	3888
=====					

*(...)-bereits in anderen Gruppen erfaßt.

IV. Reparatur - Chirurgie

In diesem Kapitel werden alle intraoperativen Komplikationen und Verletzungen, alle Nachblutungen mit operativer Revision und alle Rezidive und postoperativen Komplikationen, die zu einer erneuten Operation führten, erfaßt.

1. Intraoperative Komplikationen und Verletzungen

Bei den 3888 durchgeführten Operationen kam es in 46 Fällen zu Verletzungen angrenzender Organe, so daß eine operative Versorgung nötig war.

Am häufigsten war die Harnblase betroffen mit 21 Fällen, gefolgt von 11 Darmverletzungen, 9 Gefäßverletzungen, 3 Ureterverletzungen, einer gleichzeitigen Verletzung von Blase und Urethra und einer gleichzeitigen Läsion von Blase und Darm. Operativ wurden alle Harnblasenverletzungen durch ein- oder zweischichtige Naht versorgt.

Die operative Versorgung der 3 Ureterverletzungen erfolgte bei einer durch Ureterschlinge mit End zu End Anastomose, bei einer durch Naht der Läsion und Schienung und bei einer durch Implantation des Ureters durch einen Urologen.

Die 11 Darmverletzungen wurden entsprechend durch einstülpende Nähte, fortlaufende oder auch Einzelknopf-Nähte versorgt. Von den 9 registrierten Gefäßläsionen waren 5 mal große Venen und 4 mal große Arterien betroffen.

Drei Verletzungen der Vena axillaris wurden durch Z-Naht, wandständige Ligatur bzw. Prolene-Naht versorgt. Eine Vena iliaca externa Verletzung wurde durch eine Cat-Naht und eine andere Venenläsion durch Umstechung repariert. Die einzige Arteria iliaca externa Verletzung wurde durch eine Vicryl-Z-Naht versorgt, eine rechte Arteria uterina Verletzung wurde ligiert und in einem Fall mit arteriellen Läsionen an Blase und Uterus wurde umstochen und verkocht. Der vierte Fall, der auf eine Gefäßanomalie an der Arteria iliaca communis zurückzuführen ist, wurde mit einer Moynihanklemme gefaßt und ligiert. Die Urethraverletzung geschah während einer Operation bei Fehlbildungen, wo als Besonderheit ein Divertikel der Urethra vorgefunden wurde.

Tabelle 2

Intraoperative Komplikationen und Verletzungen

Jahre	1975	1976	1977	75-77
Blutgefäßläsionen: a) Venen	1	3	1	5
b) Arterien	3	0	1	4
Harnblasenverletzungen	6	8	7	21
Darmverletzungen	3	1	7	11
Ureterverletzungen	2	1	0	3
Gleichzeitige Läsion:				
a) Harnblase u. Urethra	0	1	0	1
b) Harnblase u. Darm	0	0	1	1
TOTAL	15	14	17	46

2. Nachblutungen mit operativer Revision

Bei insgesamt 52 Patientinnen traten postoperative Nachblutungen auf, die eine erneute operative Revision nötig machten. Darunter waren 2 Frauen, die sich einer zweiten Revision unterziehen mußten, nach je einer vaginalen Hysterektomie mit Plastik. Im ersten Fall wurde durch Laparotomie das Hämatom ausgeräumt, aber keine arterielle Quelle festgestellt und nach weiteren 20 Stunden nach Relaparotomie eine spritzende Arterie aus dem linken Blasenpfeiler als Blutungsquelle gefunden und umstochen. Im zweiten Fall wurde nach 24 Stunden durch Revisionslaparotomie ein intraabdominales Hämatom ausgeräumt und der aus der Ligatur geschlüpfte Adnexstumpf versorgt und nach weiteren 12 Stunden ein Bauchdeckenhämatom, ausgehend von der Arteria epigastrica inferior, ausgeräumt.

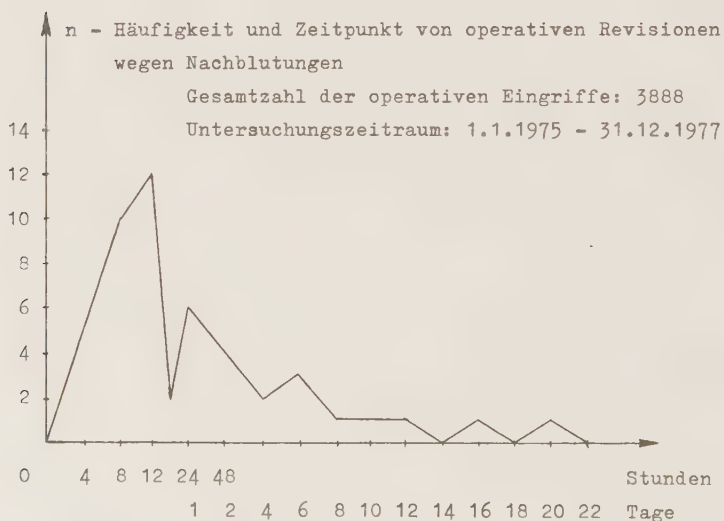
Der Zeitraum, in dem alle diese Blutungen auftraten, erstreckte sich von wenigen Stunden bis zu drei Wochen nach der Operation. 34 Revisionen mußten innerhalb der ersten 24 Stunden durchgeführt werden, 4 nach 2 Tagen und jeweils eine nach dem 3., 4., 5., 6., 8., 10., 11., 15. und 20. Tag.

Tabelle 3 a

Nachblutungen mit operativer Revision Zeitliche Abhängigkeit

Zeitintervall	Anzahl	Zeitintervall	Anzahl
0 - 4 Stunden	5	2 - 3 Tage	1
4 - 8 "	10	3 - 4 "	1
8 - 12 "	12	4 - 5 "	2
12 - 16 "	0	5 - 6 "	1
16 - 20 "	2	6 - 7 "	0
20 - 24 "	6	7 - 8 "	1
24 - 28 "	0	8 - 10 "	1
28 - 32 "	1	10 - 12 "	1
32 - 36 "	0	12 - 14 "	0
36 - 40 "	0	14 - 16 "	1
40 - 44 "	0	16 - 18 "	0
44 - 48 "	3	18 - 20 "	1

Graphik zur Tabelle 3 a



Nach vaginalen Eingriffen waren 13 operative Revisionen nötig, nach abdominalen Operationen 25, nach Operationen an der Mamma vier und nach verschiedenen kleinen Eingriffen sieben.

Bei einer Scalenusbiopsie mußte der Ductus thoracicus wegen insuffizient gewordener Versorgung ligiert werden.

Nach Operationen an den Adnexen konnte in einem Fall keine Blutungsquelle für das retroperitoneale Hämatom gefunden werden.

Es dürfte Folge einer Heparinisierung zur Thromboembolieprophylaxe gewesen sein. Außerdem gab es noch zwei Frauen, die primär in auswärtigen Krankenhäusern operiert worden waren und in Not-situationen mit massiven, dort nicht beherrschbaren Blutungen zu uns gebracht wurden. Wegen eines Hämatoms unklarer Genese wurde in einer Zweitoperation (am selben Tage) eine abdominale Hysterektomie mit Adnektomie vorgenommen, die Blutungen wurden aber unüberschaubar, die Schichten notdürftig verschlossen; die Patientin wurde nach Erlangen geflogen. Hier wurde die Blutung schließlich durch Ligatur der Arteria iliaca interna erfolgreich versorgt.

In dem zweiten Fall traten nach außerhalb durchgeführter supra-vaginaler Uterusamputation Blutungen an der Beckenwand auf, die nach der Einlieferung hier durch Tamponade versorgt wurden.

Tabelle 3 b Nachblutungen mit operativer Revision
Organlokalisation

Operation bei Lageveränderung der Scheide u./o. des Uterus	5
Operationen am Uterus: a) vaginal	9
b) abdominal	11
Sectio abdominalis	6
Operationen an den Adnexen	4
Operationen bei Tubensterilität	2
Operationen an der Mamma	4
Explorativlaparotomie	1
Scalenusbiopsie	1
Kleine Eingriffe	7
Relaparotomie	2
TOTAL	52

Tabelle 3 c Nachblutungen mit operativer Revision: Ort der Nachblutung und Art der Revision

Anzahl	Operation	Ort der Nachblutung	Art der Revision
5	Scheiden-Damm- Plastiken mit Hysterektomie	Scheidenwunde Scheidenwunde u. Adnexstümpfe Hintere Plastik Rechte Art. pudenda Intraabdominal	1x Umstechung 1x Ligatur und Z-Naht 1x Koagulation und Nähte 1x Umstechung 1x Revisionslap. u. Adnektomie
9	Vaginale Hyster- ektomie	Hintere Plastik Scheidenwunde Scheidenwunde Retroperitonealraum Retroperitonealraum Retroperitonealraum Paragewebe der Scheide	1x Koagulation und Levatornaht 2x Umstechung 2x Umstechung und Tamponade 1x Laparotomie und Koagulation 1x Lap. (Ursache: Gerinnungsstörung) 1x Lap. u. Adnektomie u. Ligatur 1x zirkuläre Naht und Tamponade
11	Abd. OP am Uterus 10x Hysterektomie	Bauchdecken Bauchdecken Bauchdecken Bauchdecken Bauchdecken (diffus) Arteria uterina Bauchdecken Bauchdecken Art. epigastrica superf. inf. Kleine Art. aus Rectusmuskel Retroperitoneal Bauchdecken	1x Hämatomausräumung und Ligatur 1x Hämatomausräumung und Umstechung 1x tiefgreifende Nähte 1x Koagulation und Naht 1x Revision des Wundgebietes 1x Umstechung 1x Umstechung und Z-Naht 1x Hämatomausräumung und Ligatur 1x Umstechung 1x Ligatur u. Koag. u. Umstechung 1x Hämatomausräumung und Umstechung
6	Sectio abdominalis	Bauchdecken Bauchdecken Retroperitonealraum Retroperitonealraum Retroperitonealraum	1x Hämatomausräumung und Ligatur 1x Hämatomausräumung und Umstechung 2x Hämatomausräumung und Umstechung 1x Ligatur und Umstechung 1x Koagulation und Naht

Anzahl	Operation	Ort der Nachblutung	Art der Revision
4	OP an den Adnexen	Bauchdecken Retropéritonealraum Retropéritonealraum Darm (Jejunum)	1x Ligatur 1x Ligatur 1x Relap., keine Quelle! (Heparin?) 1x Nähte und Reinigung
2	OP bei Tuben-sterilität	Bauchdecken (diffus) Bauchdecken	1x Koagulation 1x Koagulation
4	OP an der Mamma	Wundgebiet (Art. aus M. pectoralis) Wundgebiet (Art. aus M. pectoralis) Vena thoraco-dorsalis	1x Ligatur und Koagulation 2x Umstechung 1x Umstechung und Ligatur
1	Explorativlap.	Bauchdecken (Art. epig. inferior)	1x Ligatur
1	Scalenusbiopsie	Insuff. Naht des Ductus thoracicus	1x Ligatur des Ductus thoracicus
7	Kleinere Eingriffe	Episiotomiewunde Episiotomiewunde Episiotomiewunde Dehizens an Episiotomiewunde Rechts kleine Labie Retropéritoneal Scheidenwunde	1x Umstechung 1x Revision und Einzelknopfnah 1x Hämatomausräumung und Naht 1x adaptierende Nähte 1x Umstechung 1x Lap. u. Adnektomie u. Umstechung 1x Ligatur und Tamponade
2	Relaparotomie	Parametrangeewebe Art. hypogastrica interna	1x tiefgreifende Nähte u. Tamponade 1x Ligatur

3. Operative Beseitigung von Operationsfolgen und Rezidiven
Insgesamt waren es 193 Fälle, davon 127, deren Voroperation in auswärtigen Krankenhäusern durchgeführt wurden, während bei den restlichen 66 Patientinnen auch die Voroperation in unserer Klinik vorgenommen worden war.

Am häufigsten waren die Descensus- und Inkontinenzbeschwerden mit 85 chirurgischen Reparaturingriffen vertreten. Davon stammen 29 aus dem Krankengut der Universitäts-Frauenklinik. Bei den anderen 56 Patientinnen wurde die Voroperation in anderen Krankenhäusern gemacht.

29 Frauen mußten sich einer Zweitoperation unterziehen, da ein Tumor nicht erkannt oder nicht im Gesunden excidiert wurde. Davon stammen 8 Patientinnen aus unserem Krankengut. Die häufigste Situation war nach Konisationen vorzufinden, die man aber auch als diagnostische Maßnahme betrachten muß.

Um iatrogene Verletzungen operativ behandeln zu lassen, kamen 46 Patientinnen. Bei 13 Frauen wurde die Läsion hier gesetzt und bei 33 außerhalb. Dabei haben die Fisteln und Abszesse den Hauptanteil. Enthalten sind auch 3 Fadengranulome, 2 davon hier verursacht, und eine Peritonitis, ebenfalls bei hier durchgeführter Voroperation.

Bei einer Abrasio, außerhalb, kam es zu einer Uterusperforation, und bei einer abdominalen Hysterektomie, außerhalb, kam es zu einem mechanischen Ileus durch eine tief abgeknickte, aderente Ileumschlinge.

Nach Wertheim-Operation, hier, bekamen 2 Patientinnen (nach 4 und 8 Tagen) einen Platzbauch, der versorgt werden mußte.

Augmentationsplastiken mußten 4 mal wiederholt werden, 2 davon wurden hier voroperiert. Ebenso eine hier operierte Reduktionsplastik.

Bei 2 hier operierten Scheidenmißbildungen waren Zweitoperationen notwendig.

Einmal kam es bei außerhalb durchgeführter Schnittentbindung zu septischem Zustand, der hier eine abdominale Hysterektomie und Adnektomie nötig machte. Der Abszeß heilte erst nach einer Drainage nach vaginal aus, die drei Monate später hier durchgeführt wurde.

Zu einer Harnleiterstauung rechts kam es hier nach abdominaler Hysterektomie und beidseitiger Adnektomie wegen Tuboovarialabszeß. Ob eine Endometriose dabei eine Rolle gespielt hat, ließ sich nicht definitiv klären.

Nach einer außerhalb vorgenommenen Konisation bildete sich eine Hämatometra. Die Patientin wurde durch eine Dilatation des Cervical-Kanales erfolgreich behandelt.

Bei einer außerhalb gemachten Absaugung wurde außerdem an einem Adnex operiert. Anschließend kam es zu einer Abszeßbildung zwischen Peritoneum und Musculi recti. Diese wurde hier durch Drainage behandelt.

Eine elfjährige Patientin mit Genitalmißbildungen wurde außerhalb an einem Adnex operiert und appendektomiert. Danach bildete sich ein Abszeß. Die Weiterbehandlung hier erforderte eine abdominale Hysterektomie und Adnektomie rechts.

Außerdem gab es noch einen Fall, der in der Tabelle „Postoperative Komplikationen und Rezidive“ nicht enthalten ist: Eine Patientin, die eine radiogene Schädigung des Dünndarms erlitt, als Folge einer vor 19 Monaten durchgeführten Strahlentherapie. Die operative Behandlung machte eine Darmresektion und Anlegung eines Anus praeter nötig.

Tabelle 4 a Operative Beseitigung von Operationsfolgen u. Rezidive - Voroperation außerhalb

Anzahl Voroperation	Folgezustand	Anzahl Folgeoperation
60	OP bei Lageveränderung der Scheide und/oder des Uterus	
	a) Vor-OP ohne Hysterektomie	
	Descensus-Rezidiv	1
	Descensus-Rezidiv	25
		naler Hysterektomie
	Descensus-Rezidiv	2
	Descensus-Rezidiv	1
	Descensus-Rezidiv	1
		abdominale Hysterektomie
		Kolpektomie u. hohe Dammplastik
		supravag. Uterusamputation und Promontoriofixatur des Stumpfes
	Descensus-Rezidiv u. Harnink.	1
	Descensus-Rezidiv u. Harnink.	1
	Descensus-Rezidiv u. Harnink.	1
		abd.Hysterek.u.vesicour.Susp.
		vag.Hysterek.u.vesicour.Susp.
		vag.Hysterek.u.Scheiden-Damm-Plastik
	Harninkontinenz	3
	Harninkontinenz	2
	Blasen-Ureter-Scheiden-Fistel	1
	Rezidiv. Blasen-Scheiden-Fistel	1
	Rectum-Scheiden-Fistel	1
	Rectum-Scheiden-Fistel	1
		Excision des Fistelganges
		Spaltung d. Fistelganges u. Naht
	b) Vor-OP mit Hysterektomie	
	Descensus-Rezidiv u./o. Harnink.	5
	Descensus-Rezidiv u./o. Harnink.	1
		Kolpektomie u. Dammplastik
		Verödung des Douglas-Raumes

Anzahl Voroperation	Folgezustand	Anzahl Folgeoperation
3	Descensus-Rezidiv u./o. Harnink.	2 Scheiden-Damm-Plastik
	Descensus-Rezidiv u./o. Harnink.	2 Promontorio-Fixur
	Descensus-Rezidiv u./o. Harnink.	1 Kolpoepisiokleisis (n. Conile)
	Descensus-Rezidiv u./o. Harnink.	1 Promont.-Fixur u.vesicour.Susp.
	Rectum-Scheiden-Fistel	2 Spaltung des Fistelganges u.Naht
	Rectum-Scheiden-Fistel	3 Excision des Fistelganges
	Rezidiv. Rectum-Scheiden-Fistel	1 Excision des Fistelganges
	Scheidenprolaps	2 Scheiden-Damm-Plastik
	Dammfistel	1 Spaltung des Fistelganges
2	OP an der Vulva:	
	Marsup.Barth.Zys. Extirp.Barth.Zys.	1 Excision 1 Excision des Fistelganges
10	OP an der Cervix:	
	Konisation	2 vag. Hysterektomie
	Nicht im Gesunden excidiert	1 vag. Hysterektomie u. Plastik
	Nicht im Gesunden excidiert	1 abd. Hysterektomie
	Nicht im Gesunden excidiert	1 Telinde Operation
	Nicht im Gesunden excidiert	1 Wertheim Operation
	Nicht im Gesunden excidiert	1 Vordere Exenteration
	Hämatometra	1 Dilatation des Zervikalkanals
	Stumpfextirpation	1 Resektion von Scheidenanteilen
	Polypabtragung	1 vag. Hysterektomie

Anzahl Voroperation	Folgezustand	Anzahl Folgeoperation
6	Vag. Hysterektomie	
	Rectum-Scheiden-Fistel	1 OP nach Latzko
	Blasen-Scheiden-Fistel	1 OP nach Latzko
	Rectum-Scheiden-Fistel	1 OP nach Püth
	Rectum-Scheiden-Fistel	1 Excision des Fistelganges
	Harninkontinenz	1 vesicourethrale Suspension
15	Nicht im Gesunden excidiert	1 transperit.Lymphonodekt.u.Adnekt.
	Abd. Hysterektomie	
	Blasen-Scheiden-Fistel	4 OP nach Latzko
	Rectum-Scheiden-Fistel	1 Fistelsanierungsoperation
	Cystovar	2 Relaparotomie u. Adnektomie
	Cystovar	1 Relap. u. Zystenausschälung
	Nicht erkannter TU	1 Relap. u. Lymphonodektomie
	Unterbauchbeschw. u. Harnink.	1 Relap.,Adnekt.u.vesicour.Susp.
	Nicht im Gesunden excidiert	1 OP a.d.Cervix u.Lymphonodekt.
	Schloffer-TU u. Abszeß	1 Excision (2cm Zwiwnf.)u.Drainage
	Bauchdeckenabszeß	1 Drainage
	Retropéritonealer Abszeß	1 Drainage
	Subileus	1 Relap.u.Beseitig.d.iatrog.mech.II.
8	Supravaginale Stumpfprolaps	1 Stumpfextirpation
	Uterusamputation	1 Stumpfextirpation und Plastik
	Nicht erkannter TU	1 Stumpfextirpation u. Darmresektion
	Nicht im Gesunden excidiert	2 Wertheim Operation
	Unterbauchbeschwerden	1 Relaparotomie u. Adnektomie

Anzahl Voroperation	Folgezustand	Anzahl Folgeoperation
	Nicht im Gesunden excidiert	1 Relap.u.Adnekt.u.Netzresektion
	Nicht im Gesunden excidiert	1 Stumpfext.u.Extirp.von TU-Massen
2 Abdominale Schnittentbindung	Harnentleerungsstörung und septischer Zustand	1 abd. Hysterekt. u. Adnektomie
	Retroperitonealer Abszeß	1 Drainage nach unten
14 OP an den Adnexen	Ileus	1 Relap. u. Darmresektion
	Unterbauchbeschwerden	9 abd. Hysterektomie
	Rezidivierende Ovarialzyste	1 supravag. Uterusamp. u. Adnektomie
	Nicht erkannter TU	1 Wertheim Operation
	Unterbauchbeschwerden	1 Relaparotomie
	Rectum-Scheiden-Fistel	1 Fistelsanierung und Adnektomie
3 OP an der Mamma:	Mamma-Fistel	1 Excision des Fistelganges
	Augmentation	2 Augmentation mit Prothese
	Abrasio als Thera.	1 abd. Hysterektomie
3	Interruptio vag.	1 Fistelsanierung
	Interruptio vag. mit Hysterektomie	1 Fistelsanierung
	Absaugung, Adnex-OP	
	Abszeß zwischen M.recti u.Perit.	1 Drainage

Tabelle 4 b Operative Beseitigung von Operationsfolgen und Rezidive - Voroperation hier

Anzahl Voroperation	Folgezustand	Anzahl Folgeoperation
25	OP bei Lageveränderungen der Scheide und/oder des Uterus	a) Vor-OP ohne Hysterektomie
	Descensus-Rezidiv u. Harnink.	3 abd.Hysterekt.u.vesicour.Susp.
	Harninkontinenz	1 vag. Hysterektomie und Plastik
	Harninkontinenz	1 vesicourethrale Suspension
	Harninkontinenz	1 Schlingenoperation
	Harninkontinenz	1 Kolpoperineokleisis n. Labhardt
	Descensus-Rezidiv	5 vag. Hysterektomie und Plastik
	b) Vor-OP mit Hysterektomie	
	Descensus-Rezidiv u./o.Harnink.	3 Promontorio-Fixur
	Descensus-Rezidiv u./o.Harnink.	2 Promontorio-Fixur und Plastik
	Descensus-Rezidiv u./o.Harnink.	1 Prom.-Fixur u. vesicour. Susp.
	Descensus-Rezidiv u./o.Harnink.	3 vesicourethrale Suspension
	Descensus-Rezidiv u./o.Harnink.	1 vesicour. Suspension und Plastik
	Vorfall des Tubenpavillons	1 Entfernung des Tubenpavillons
	Schloffer TU	1 Extirpation des Fistelganges
	Unterbauchbeschwerden	1 Relaparotomie und Adhäsiolyse
1	OP an der Vulva	Rezidiv: Bartholinische Zyste
1	Episiotomie	Scheidenprolaps
		1 Dammplastik
4	OP an der Cervix Konisation	Nicht im Gesunden excidiert
		1 vaginale Hysterektomie

Anzahl Voroperation	Folgezustand	Anzahl Folgeoperation
Polypabtragung	Nicht im Gesunden excidiert	1 vaginale Hysterektomie
Stumpfextirpation	Nicht im Gesunden excidiert	1 Konisation
	Nicht im Gesunden excidiert	1 transperit.Lymphonodekt.u.Adnekt.
3 Fisteloperation	Rezidiv: Rectum-Scheiden-Fistel	2 Excision des Fistelganges
	Harninkontinenz	1 OP zur Unterpolsterung d.Urethra
6 Vag. Hysterektomie	Blasen-Scheiden-Fistel	1 OP nach Latzko
	Rectum-Scheiden-Fistel	1 Lap. u. Excision des Fistelganges
	Cystocele u. Scheidenprolaps	1 Kolpoperineokleisis
	Scheidenprolaps	1 Kolpektomie und Dammplastik
	Schloffer-TU, Fadengranulom	1 Bauchdeckenrevision: Mersilene Faden entfernt
	Peritonitis	1 Wundrevision
12 Abd. OP am Uterus:		
Abd. Hysterektomie	Unterbauchbeschwerden	1 Relaparotomie
	Unterbauchbeschwerden	1 Relaparotomie und Adnektomie
	Nicht erkannter TU	1 Wertheim Operation
	Retropéritonealabszeß	1 Abszedableitung und Anus praeter
Supravag. Uterus-amputation	Nicht im Gesunden entfernt	1 Cervixstumpfextirpation
Wertheim OP	Harninkontinenz	1 vesicourethrale Suspension
	Platzbauch	2 Relaparotomie und Wundrevision

Anzahl Voroperation	Folgerzustand	Anzahl Folgeoperation
	Nicht im Gesunden entfernt	1 Cervixstumpfextirpation
	Blasen-Scheiden-Fistel	3 OP nach Latzko
1	Schnittentbindung Arterieller Volumenmangel, Eklampsie	1 Relaparotomie
4	OP an den Adnexen	3 abd. Hysterektomie u. Adnektomie
	Blutung aus linker Tube	1 Relap. und OP an den Adnexen
1	OP zur Sterilisation	1 abd. Hysterektomie und Plastik
1	OP bei Sterilität	1 sonstige OP bei Sterilität
2	OP bei Fehlbildungen des Genitales	1 Epidermistransplantat
	Rezidiv nach Bauchfellscheide	1 plast. Korrektur d. äußeren Genit.
	Ungenügende Korrektur	
5	OP an der Mamma	1 Augmentationsplastik mit Prothese
	Ausstosung der Prothese	
	Unzureichende Augmentation	1 Augmentationsplastik mit Prothese
	Ungenügende Reduktion	1 Reduktionsplastik
	Ca-Rezidiv nach Augmentation	1 Excision
	Narben nach Halsted	1 Excision

V. Diskussion

Wie sehen die Ergebnisse im Vergleich zu Mitteilungen in der Literatur aus?

In dem dreijährigen Untersuchungszeitraum vom 1.1.75 - 31.12.77 wurden in unserer Klinik 572 Descensus- bzw. Harninkontinenzoperationen ausgeführt. In dieser Zahl sind sowohl die 23 Patientinnen, die erneut in unsere Klinik kamen, um ihr Rezidiv beheben zu lassen, wie auch die 50 Frauen, deren Vorooperationen in anderen Krankenhäusern gemacht wurden, enthalten.

Nach Operationen, die in unserer Klinik durchgeführt wurden, entwickelten sich sieben Fisteln (drei Rectum-Scheiden-Fisteln und vier Blasen-Scheiden-Fisteln). Bei fünf gelang ihr Verschluss durch einen operativen Eingriff, bei zwei waren je zwei Operationen nötig.

25 Frauen kamen nach auswärts durchgeführten Operationen zur Fistelsanierung in die Erlanger Frauenklinik (eine Blasen-Ureter-Scheiden-Fistel, sieben Blasen-Scheiden-Fisteln, 14 Rectum-Scheiden-Fisteln, eine Blasen-Cervix-Scheiden-Fistel und eine Dammfistel). In einem Fall führte erst ein zweiter operativer Eingriff zum Erfolg.

Schließt man die Operationen an der Mamma, die laparoskopischen Tubensterilisierungen, die Scalenusbiopsien und die sonstigen kleinen Eingriffe aus, so entsprechen die sieben in unserer Klinik gesetzten Fisteln einer Quote von 0,23%. W i e h r l (36) kam auf 0,33%, W i t t l i n g e r (37) auf 0,5% und S z e n d i und L a k a t o s (33) kamen auf 0,3%.

Die Ursachen von Harnweg-Scheiden-Fisteln sind zahlreich. Hier sollen nur die chirurgischen und geburtshilflichen Fisteln berücksichtigt werden, also Fisteln als Folge von Beckenchirurgie, bedingt durch Verletzungen oder Gewebsschädigungen bei gynäkologischen Eingriffen (K ä s e r und I k l é (7)), durch Miterfassung der Blase bei der Naht (I n g e l m a n n - S u n d b e r g (15)) oder durch Geburtsverletzungen. Ausgenommen sind tumorbedingte und radiogene Fisteln.

Dammfisteln zur Scheide oder zum Rectum entstehen zum Beispiel nach Episiotomien und Dammrissen, bei deren Versorgung die Rectumwand durch eine Naht miterfaßt wurde. Rectum-Scheiden-Fisteln

können die gleiche Ursache wie Dammfisteln haben (O b e r, M e i n r e n k e n (24)). Die Heilungschancen hängen von der Größe und vom Sitz der Fisteln ab (narbige Gewebsveränderungen in der Umgebung oder starke Fixation). Außerdem sollte der Fistelbereich frei von entzündlichen Prozessen sein (G r ü n b e r g e r (11)).

Unberücksichtigt blieben hier die anorektalen Fisteln, die eine andere Entstehungsursache haben. Man unterscheidet transsphinkterische, intrasphinkterische und pararektale Fisteln. Die beiden ersten werden durch Fistelgangsspaltung therapiert, während die letzte Gruppe in der chirurgischen Klinik behandelt wird. Ureter-Scheiden-Fisteln werden hier ebenfalls nicht genannt, da deren operative Behandlung in Erlangen in der urologischen Abteilung der chirurgischen Klinik erfolgt.

Bei einigen Patientinnen konnten die postoperativ aufgetretenen Komplikationen und Rezidive erst durch zwei oder mehr Folgeoperationen behoben werden. Bei Fistelsanierungsoperationen traten in vier Fällen Rezidive auf, die erst durch eine zweite Operation verschlossen werden konnten, in einem dieser Fälle sogar erst in einem dritten Versuch. In einem 5. Fall kam es nach der Fistelsanierungsoperation zu Harninkontinenz, die durch eine Nachoperation zur Unterpolsterung der Harnröhre behoben wurde.

Nach Operationen wegen Fehlbildungen der Scheide mußte in einem Fall nach einer Korrektur eine zweite Operation zur plastischen Korrektur des äußeren Genitales gemacht werden, in einem anderen Fall (eine Frau mit der Diagnose: Adenosis vaginae) mußte die Bauchfellscheide in einer Zweitoperation durch ein Epidermistransplantat verbessert werden.

Abgesehen von den drei Fällen, bei denen Fadengranulome entfernt wurden (zwei davon in unserer Klinik verursacht), kam es nicht zu Fremdkörperentfernungen. Es zeigt sich, daß die umfangreichen Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Abzählen aller Operationsinstrumente, Bauchtücher, Mulltupfer usw. vor und nach der Operation) den erwarteten Erfolg bringen. W i e h r l (36) berichtete bei 8919 Operationen dreimal über einen Fremdkörper, S z e n d i und L a k a t o s (33) bei 1636 Operationen einmal von einem extirpierten Gazetampon.

Der einzige Fall, bei dem ein Ileus auftrat, hatte einen iatrogen gesetzten mechanischen Ileus als Ursache, da eine Ileumschlinge abgesunken, abgeknickt und aderent im Narbengebiet der Voroperation (außerhalb) festgestellt wurde.

Intraoperative Verletzungen der Blase, des Darms, der Gefäße oder auch des Ureters lassen sich bei den vaginalen und abdominalen gynäkologischen Eingriffen nicht generell vermeiden (z.B. Endometriose, ausgedehnte Verwachsungen, großer Uterus myomatosus). Nach O b e r (23) werden mit der Verbreitung und Entwicklung gynäkologischer Operationen die Fälle der Blasen- und Harnleiterverletzungen verhältnismäßig häufiger. Die schwerwiegendste intraoperative Verletzung, die Harnleiterläsion, ließe sich nach O b e r und M e i n r e n k e n (24) verhüten, wenn man nicht unter Zeitdruck, sondern anatomisch klar operierte, Blutungen sorgsam stillte und sich über den Ureterverlauf durch Darstellung informierte.

In dem untersuchten Zeitraum von drei Jahren mußten in unserer Klinik bei 46 Frauen intraoperative Läsionen versorgt werden. Dies entspricht einer intraoperativen Komplikationsrate von 1,18%. W i e h r l (36) lag bei 1,87%, S z e n d i und L a k a t o s (33) bei 1,84%, L e v e n t h a l und L a z a r u s (19) bei 1,16%, W i t t l i n g e r (37) bei 1,7% und C o p e n h o v e r (8) bei 4,4%. In allen unseren Fällen heilten die gesetzten Verletzungen nach der sofortigen Versorgung ohne Komplikationen.

In einem Zeitraum von drei Wochen nach den Operationen kam es in 52 Fällen zu Nachblutungen, die operativ revidiert werden mußten. Dies entspricht einer Rate von 1,34%. Der Gipfel der Revisionen lag innerhalb der ersten 24 Stunden mit 34 Fällen, und dies entspricht 65% aller Nachblutungen. W i e h r l (36) ermittelte 1,01% Revisionen wegen Nachblutungen innerhalb der ersten 21 Tage, S z e n d i und L a k a t o s (33) mußten in 2,39% aller Fälle revidieren, L e v e n t h a l und L a z a r u s (19) in 1,16%, C o p e n h o v e r (8) in 1%, P r a t t und S c h e r m a n n (26) in 1,17%, T a m a s (34) in 1,3% und W i t t l i n g e r (37) in 2,1%.

Nach K ä s e r (16) sind Mißerfolge und Fehler in der gynäkolo-

gischen Chirurgie oft die Folge unnötiger Eingriffe, mangelnder Sorgfalt, Eile, eines ungenügenden Abwägens von Risiko und Erfolgsmöglichkeiten, einer inadäquaten präoperativen Diagnose, einer Fehleinschätzung von Symptomen und Befunden, der Wahl eines ungeeigneten Operationsweges oder einer falschen Operationsmethode.

O b e r (23) weist darauf hin, daß auch in Kliniken, die über große Möglichkeiten (z.B. ausgedehnte Voruntersuchungen etc.) verfügen, immer wieder einmal der Eindruck einer so akuten oder so eindeutigen Situation entstehen wird, daß operiert wird, auch ohne die üblicherweise erwünschten Voruntersuchungen bzw. ohne alle Laborresultate abzuwarten. Bei nicht klaren Verhältnissen ist es jedoch besser, eine Operation abubrechen, noch einmal alle Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie auszunützen und später unter gegebenenfalls günstigeren Bedingungen zu operieren.

VI. Postoperative Komplikationen

In den vorherigen Kapiteln der Arbeit wurden die postoperativen Komplikationen nur insoweit berücksichtigt, als sie im Sinne der Reparaturchirurgie zu Nachoperationen führten. Deshalb sollen in diesem 2. Teil der Arbeit die postoperativen Komplikationen als solche analysiert werden.

Um den postoperativen Verlauf der Patientinnen während der ganzen Dauer des stationären Aufenthaltes beobachten zu können, wurden die monatlichen Komplikationsberichte der einzelnen Stationen der Frauenklinik Erlangen verwendet und im Einzelfall auch die gesamten Krankenjournale der betreffenden Patientinnen ausgewertet.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 zusammengefaßt.

Da die Mammaknoten-Operationen und die Laparoskopien als operative Einzelmaßnahme nicht in einem Operationsbericht festgehalten werden, ist die Zeile der Zwischensumme geeignet, mit den Ergebnissen der vorherigen Tabellen verglichen zu werden.

Aus den Monatsberichten ermittelt man in dem gleichen Zeitintervall von 3 Jahren eine Gesamtzahl von 3785 Operationen. Da-

Tabelle 5

Postoperative Komplikationen

Art der operativen Eingriffe	Anzahl der OP				Postoperative Komplikationen									
	1975	1976	1977	1975-1977 (Spalte 2-4)	Summe der Kompl. (Spalte 7-15)	Serom	BDA	Hämatom	Nachblutung und OP	Todefall	Lungen-embolie und exit. letalis	Lungen-embolie ohne exit. letalis	Ileus und Peritonitis	Sonstiges (Pneumie, Abszesse usw.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OP's der Vulva	27	20	28	75	5	3	1		1					
Vag. Hysterektomie u. evtl. Plastik	334	285	277	896	22			1	15				2	4
Sonstige vag. OP's	137	92	86	315	3	1								2
Abd. Schnittentb.	212	251	251	714	13	5	2	4	1				1	
Abd. Hysterekt. und evtl. OP an Adnexen	313	243	271	827	97	12	19	31	14	1		4	5	11
Lap. ohne Hysterekt.	117	146	145	408	27	5	4	8	6	1				3
Ablatio mammae	145	220	185	550	70	51	3	11	3			1		1
Zwischen - SUMME	1285	1257	1243	3785	237	77	29	55	40	2		5	8	21
Mammaknoten Ext.	426	340	375	1141	14	3		9	2					
Laparoskopie	331	332	509	1172										
End - SUMME	2042	1929	2127	6098	251	80	29	64	42	2		5	8	21

bei ist jede Patientin nur einmal erfaßt, auch wenn es zu einer Zweitoperation kam. Zählt man nun die 52 operativen Revisionen wegen Nachblutungen und die 66 Zweitoperationen (Voroperation hier) wegen Rezidive hinzu, so ermittelt man eine Anzahl von 3903 Operationen, die fast der Anzahl der aus den Operationsberichten ermittelten entspricht (3888).

Um die Frage zu beantworten, wie wir im Vergleich zu anderen Kliniken stehen, wurden andere statistische Arbeiten herangezogen und die Resultate in Tabelle 6 wiedergegeben. Obwohl die postoperativen Komplikationen unserer Klinik in Tabelle 5 nach Art der Komplikation und nach Art der davorliegenden, ursächlichen Operation aufgeschlüsselt sind, werden zum Vergleich nur die schwerwiegendsten Komplikationen, wie Nachblutung mit operativer Revision, Lungenembolie, Ileus und Peritonitis und die Mortalität berücksichtigt.

In dem betrachteten dreijährigen Zeitraum kamen bei uns 40 Nachblutungen vor, die eine operative Revision nötig machten. Das entspricht 1,03%, während es bei S z e n d i und L a k a t o s (33) 2,3%, bei W i t t l i n g e r (37) 0,5%, bei L e v e n t h a l und L a z a r u s (19) 1,16% und bei P r a t t und S c h e r m a n n (26) 1,17% waren.

Nachblutungen und Hämatome ohne Revisionsoperationen hatten wir in 55 Fällen (1,41%). Bei W i t t l i n g e r (37) waren es 1,6%.

Lungenembolie trat bei fünf Patientinnen auf (0,13%), bei S z e n d i und L a k a t o s (33) waren es 1,56%, davon eine mit letalem Ausgang, bei W i t t l i n g e r (37) 0,6% und bei L e v e n t h a l und L a z a r u s (19) zwei Fälle (0,32%), davon einer letal. Von den fünf Fällen mit Lungenembolie haben wir keine Frau verloren.

Die acht Patientinnen mit Peritonitis oder Ileus (0,21%) konnten auch erfolgreich behandelt werden. Bei S z e n d i und L a k a t o s (33) waren es drei Fälle (0,18%), sie endeten letal, ebenso der eine Fall (0,1%) bei W i t t l i n g e r (37), während bei L e v e n t h a l und L a z a r u s (19) drei Fälle (0,5%) erfolgreich therapiert wurden.

Insgesamt war eine Mortalität von 0,05% (2 Fälle) zu verzeichnen. Einmal im Anschluß an eine abdominale Hysterektomie und

einmal nach einer Laparotomie ohne Hysterektomie. Bei Szendi und Lakatos (33) war die Mortalität 0,24%, bei Wittlinger (37) 0,6% und bei Leventhal und Lazarus (19) 0,16%.

Tabelle 6 Vergleich der postoperativen Komplikationen in %

	Erlangen 1975-77	Szendi und Lakatos	Witt- linger	Leven- thal und Lazarus	Pratt und Scher- mann
Nachblutungen mit Revisions-OP	1,03	2,39	0,5	1,16	1,17
Nachblutung (Hämatom) ohne OP	1,41	-	1,6	-	-
Lungenembolie ohne letalem Ausgang	0,13	1,5	0,6	0,16	-
Lungenembolie mit letalem Ausgang	-	0,06	-	0,16	-
Peritonitis u. Ileus ohne let. Ausgang	0,21	-	-	0,5	-
Peritonitis u. Ileus mit letalem Ausgang	-	0,18	0,1	-	-
Mortalität	0,05	0,24	0,6	0,16	-

VII. Zusammenfassung

In dieser retrospektiven Arbeit wurden die intra- und postoperativen Komplikationen sowie deren Behandlung am Krankengut der Erlanger Frauenklinik untersucht.

Im Zeitraum 1.1.1975 - 31.12.1977 wurden 3888 Operationen vorgenommen. Es wurden die entsprechenden Operationsberichte und die monatlichen Komplikationsmeldungen der einzelnen Abteilungen ausgewertet.

Im Berichtszeitraum waren 291 reparaturchirurgische Eingriffe nötig; in 110 Fällen kam es zu postoperativen Komplikationen. Eine Übersicht der einzelnen Gruppen von Eingriffen und Komplikationen vermittelt die anschließende Tabelle.

Tabelle 7

Zusammenfassung

	Anzahl	Prozent
Gesamtoperationen (1.1.1975 - 31.12.1977)	3888	100
<u>Reparatur - Chirurgie</u> (Versorgung von Operationsfolgen und Rezidiven)		
1. Voroperationen		
Universitäts-Frauenklinik Erlangen	66	1,70
2. Voroperationen außerhalb	127	3,27
<u>Intraoperative Komplikationen und Verletzungen</u>	46	1,18
<u>Postoperative Komplikationen</u>		
1. Nachblutungen mit Revisionsoperationen	52	1,34
2. Nachblutungen (Hämatome) ohne Revisionsop.	55	1,41
3. Lungenembolie ohne letalen Ausgang	5	0,13
4. Peritonitis u. Ileus ohne letalen Ausgang	8	0,21
5. Mortalität	2	0,05

Zu intraoperativen Verletzungen der angrenzenden Organe kam es in 46 Fällen. Dies hatte aber für die Patientinnen keine Folgen, da die sofortige intraoperative Versorgung jeweils zu einer komplikationslosen Genesung führte.

Wegen Nachblutungen waren 52 Revisionsoperationen erforderlich. Operative Versorgung von Operationsfolgen (Reparatur) und Rezidiven sahen wir bei 66 in Erlangen und bei 127 auswärts operierten Patientinnen. Den Hauptanteil hatten Descensus- und

Inkontinenzrezidive mit 85 Operationen, gefolgt von 46 iatrogenen Verletzungen (hauptsächlich Fistelsanierungsoperationen), 29 Tumorrezidive usw..

Postoperativ sind 95 Patientinnen mit Nachblutungen registriert, wobei bei 40 eine Revisionsoperation nötig war.

Von fünf Fällen mit Lungenembolie und acht Fällen mit Peritonitis/Ileus haben wir keine Patientin verloren.

In der Gesamtbilanz waren allerdings in diesem dreijährigen Zeitraum zwei Todesfälle zu verzeichnen:

1. Eine 27-jährige Patientin kam mit einem außerhalb „verschleppten“ akuten Bauch nach Ruptur eines Cystadenoms des Ovars in unsere Klinik. Bei der Aufnahme bestand bereits ein Nierenversagen. Trotz Laparotomie verschlechterte sich der Allgemeinzustand rasch. Die Patientin starb dann letztlich an der respiratorischen Insuffizienz und einer Verbrauchs-koagulopathie, die sich nicht mehr beherrschen ließen.
2. Eine 80-jährige Patientin litt an rezidivierenden Adenofibromen des Corpus uteri. Wegen Blutungen und Infektion bei offenem Zervikalkanal waren wir bei dieser Risikopatientin zu einer abdominalen Hysterektomie gezwungen. Am 8. postoperativen Tag trat ein Streßulkus des Magens auf. An den Folgen ist die Patientin nach mehreren chirurgischen Eingriffen gestorben.

VIII. Literatur

1. Altmann, P., K. Eklund, E. Georgiades, B. Rudelstorfer:
Zur Prognose des Operationserfolges der Diaphragma-Plastik
bei Streßinkontinenz der Frau.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 914
2. Beck, L.:
Die funktionelle Harninkontinenz der Frau - Grundlagen und
Diagnostik.
Gynäkologe 4 (1971) 59
3. Berle, P., H. Steinborn, K. Thomsen:
Fortschritte und Wandel in der geriatrischen operativen
Gynäkologie.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 237
4. Blobel, R., K. Häussler:
Komplikationen nach gynäkologischen Operationen bei Frauen
im höheren Alter.
Med. Welt 34 (1967) 1947
5. Breinl, H., H. Piroth, R. Schuhmann:
Zur aktuellen Stellung der Konisation im Rahmen von Onko-
prävention und Geschwulstdiagnostik an der Cervix uteri.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 507
6. Börner, P., W. Heidenreich, A. Majewski:
Zur Bewertung der Ergebnisse von Reduktionsplastiken der
Mamma.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 989
7. Christ, F., K. Kupka, U. Wagner:
Erfahrungen mit der Inkontinenzoperation nach Marshall-
Marchetti.
Geburtsh. und Frauenheilk. 37 (1977) 516
8. Copenhover, E. H.:
Vaginal Hysterectomy.
Amer. J. Obstet. Gynec. 84 (1962) 123
9. Gaudenz, R.:
Die Bedeutung einer Zusatzoperation (Pereyra oder Mar-
shall-Marchetti-Krantz) bei der primären operativen Be-

handlung einer Urethralinsuffizienz.

Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 393

10. Gitsch, E., H. Salzer, P. Wagenbichler:
Zur optimalen Abklärung malignitätsverdächtiger Befunde
an der Cervix uteri.
Geburtsh. und Frauenheilk. 37 (1977) 278
11. Grünberger, V.:
Blasen-Scheiden-Fisteln: Kontinenz erreicht.
Selecta 3 (1975) 178
12. Hochuli, E., B. Frankhauser, J. Bollinger:
Die Stellung der vaginalen Hysterektomie.
Schweiz. med. Wschr. 25 (1970) 1071
13. Hirsch, H. A.:
Operative Verfahren zur Sterilisierung der Frau. Sicher-
heit - Komplikationen.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 297
14. Holzer, E.:
Ergebnisse der konservativen Behandlung des Carcinoma in
situ durch Konisation.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 630
15. Ingelmann - Sundberg, A.:
Gynäkologische Urologie - Erkrankungen der Harnwege (ohne
Entzündungen und Tumoren) in: Gynäkologie und Geburtshilfe
von Käser, Friedberg, Ober, Thomson, Zander. Jahrgang 1972
Band III - S.874 - Georg Thieme Verlag, Stuttgart
16. Käser, O.:
Fehler und Mißerfolge in der operativen Gynäkologie, Ur-
sachen und Lehren.
Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 749
17. Käser, O., F. A. Iklé:
Atlas der gynäkologischen Operationen.
Jahrgang 1960 - S.386, 406 - Georg Thieme Verlag, Stuttgart
18. Lange, J., W. Hardt:
Ergebnisse bei der Behandlung von Fisteln und Stenosen der
unteren Harnwege in Gynäkologie und Geburtshilfe.

19. Leventhal, M. L., M. L. Lazarus:
Total Abdominal and Vaginal Hysterectomy.
Amer. J. Obstet. Gynec. 61 (1951) 289
20. Lohe, K. J., E. Burghardt, H. G. Hillemanns, C. Kaufmann,
K. G. Ober und J. Zander:
Early squamous Cell Carcinoma of the Uterine Cervix.
Obstetrical and Gynecological Survey 33 (1978) 490
21. Martin, K.:
Geburtsverletzungen.
Gynäkologe 4 (1971) 31
22. Ober, K. G.:
Gynäkologische Operationen - Wandel der Indikationen und
Techniken im letzten Jahrzehnt.
Dtsch. Ärzteblatt 48 (1971) 3191
23. Ober, K. G., O. Käser:
Unerwartete Situationen bei der Laparotomie in: Gynäkolo-
gie und Geburtshilfe von Käser, Friedberg, Ober, Thomson,
Zander. Jahrgang 1972 - Band III - S.1069, 1072 - Georg
Thieme Verlag, Stuttgart
24. Ober, K. G., H. Meinrenken:
Gynäkologische Operativen in: Allgemeine und spezielle
chirurgische Operationslehre von Kirschner, Guleke, Zenker.
Jahrgang 1964 - Band IX - S.357, 468, 560 - Springer Ver-
lag, Berlin-Heidelberg-New York
25. Pauli, H., G. Kindermann:
Diagnosen-Therapieschlüssel für das Fach Gynäkologie.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1970
26. Pratt, J. H., Q. Schermann:
Morbidity in Vaginal Hysterectomy.
Amer. J. Obstet. Gynec. 67 (1954) 1323
27. Richter, K.:
Die operative und konservative Behandlung der Insuffi-
zienz des Blasenverschlusses der Frau.
Gynäkologe 4 (1971) 73

28. Rummel, W., G. Kindermann, H. Egger, J. Weishaar, A. Müller,
E. M. Paterok und F. Willgeroth:
Mikrokalk in der Mammographie, operative Abklärung und
histologische Befunde.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 1053
29. Schariot, G., F. Wolter:
Die vaginale Hysterotomie mit Isthmusquerschnitt.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 687
30. Sievers, S., C. O. Köhler:
Die vaginale Uterusextirpation als Methode der definitiven
Schwangerschaftsverhütung.
Geburtsh. und Frauenheilk. 37 (1977) 115
31. Spielmann, W., O. Kühnl:
Spätresultate nach 500 Inkontinenzoperationen.
Zbl. Gynäk. 44 (1962) 1697
32. Stelzner, F.:
Rectum und Anus in: Lehrbuch der Chirurgie von Hellner,
Nissen, Vosschulte. Jahrgang 1962 - S.671 - Georg Thieme
Verlag, Stuttgart
33. Szendi, B., J. Lakatos:
Indikationen, Morbidität und Mortalität von 1629 mit
Bauchhöhleneröffnung verbundenen Vaginaloperationen.
Zbl. Gynäk. 38 (1963) 1479
34. Tamás, Z.:
Dringende Relaparotomie nach geburtshilflichen und gynäko-
logischen Operationen.
Gynäk. und Geburtsh. 106 (1962) 59
35. Tulzer, H., S. Kupka:
Über den Wert der obligatorischen Lymphonodektomie bei der
Wertheimschen Radikaloperation.
Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 493
36. Wiehrl, R. P.:
Intraoperative Komplikationen und Reparatur-Chirurgie.
Dissertationsarbeit, Frauenklinik - Erlangen 1976

37. Wittlinger, H.:

Die vaginale und abdominale Hysterektomie.

Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 276

38. Wolf, A., H. Vahrson:

Zur Prognose der Genitalsarkome bei der erwachsenen Frau
unter besonderer Berücksichtigung der Sarkome des Corpus
uteri.

Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 856

Herrn Priv. Doz. Dr. med. S. Trotnow danke ich an dieser Stelle aufrichtig für die Überlassung des Themas und seine hilfreiche Unterstützung.

Herrn Prof. Dr. med. K. G. Ober, Direktor der Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, danke ich für die Erlaubnis zur Auswertung aller Operationsberichte.

Mein besonderer Dank gilt meiner Frau Hildegard für ihre Unterstützung und Hilfe beim Schreiben der Lochkarten und den Damen in der Dokumentationsabteilung für das Überprüfen derselben.

Lebenslauf

Am 5.12.1939 wurde ich, Helmut Karl Christof Meissner, in Großkomlosch/Banat als Sohn der Eheleute Karl und Katharina Meissner geboren. Mein Vater war Dentist und ist im Krieg gefallen. Meine Mutter, geb. Schannen, lebt in der Bundesrepublik Deutschland.

Ich besitze die deutsche Staatsangehörigkeit.

Von September 1946 an besuchte ich die Volksschule, anschließend das Gymnasium und erlangte 1956 die allgemeine Hochschulreife in Temeschburg.

Von September 1956 bis Juli 1958 besuchte ich eine funktchnische Schule.

Von Dezember 1958 bis Dezember 1960 leistete ich den Wehrdienst ab.

Von 1963-69 besuchte ich die Abendkurse des Polytechnischen Institutes zu Temeschburg.

Von 1961-72 arbeitete ich zuerst als Techniker und nach dem Staatsexamen (1969) als Diplom-Ingenieur in der Flugsicherung.

Im Jahre 1960 heiratete ich die Lehrerin Hildegard Müller, und 1962 wurde unser Sohn Helmut Bruno geboren.

Im August 1972 sind wir in die Bundesrepublik Deutschland gekommen. Hier arbeitete ich zuerst zwei Jahre im Entwicklungsbereich der Fa. TEKADE.

Im Wintersemester 1974/75 konnte ich meinen Jugendtraum erfüllen und ein Zahnmedizin-Studium beginnen. Sämtliche Studiensemester war ich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg immatrikuliert, wo ich am 14.8.1975 den naturwissenschaftlichen Abschnitt und am 4.4.1977 die zahnärztliche Vorprüfung bestand.

Am 16.11.1979 schloß ich die zahnärztliche Prüfung mit Erfolg ab.

Erlangen, im Februar 1980

Helmut Karl Christof Meissner

Copy - Center 2000

852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197